

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E.T.A.D DENGAN DIAGNOSA MEDIS GASTROENTERITIS DI RUANGAN INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD PROF. DR.W.Z JOHANNES KUPANG

**Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program
Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



OLEH

**ISABEL PARERA
NIM : PO.5303201181297**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E.T.A.D DENGAN DIAGNOSA MEDIS GASTROENTERITIS DI RUANGAN INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD PROF. DR.W.Z JOHANNES KUPANG

**Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Studi pada Program Studi Diploma III Keperawatan
dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan
melalui Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)**



OLEH

**ISABEL PARERA
NIM: PO.5303201181297**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Isabel Pereira
NIM : PO5303201181197
Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa studi kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019
Pembuat Pernyataan :



Nama : ISABEL PEREIRA
NIM. PO.5303201181197

Pembimbing



Fransiskus. S.Onggang,.S.Kep.,Ns.MSc
NIP: 196902261991011001

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Studi Kasus oleh ISABEL PEREIRA. Dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E.T.A.D DENGAN PENYAKIT GASTROENTERITIS AKUT DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 22 Juli 2019.

Dewan Penguji :

Penguji I



Dominggos. Gonsalves, S.Kep. Ns, M.Sc
NIP.197108061992031001

Penguji II



Fransiskus. S. Onggang., S.Kep.Ns.,MSc
NIP.196902261991011001

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes
NIP.196911281993031005

Mengetahui
Ketua Program Studi



Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP.197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Isabel Pereira
NIM : PO5303201181197
Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa studi kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019
Pembuat Pernyataan :



Nama : ISABEL PEREIRA
NIM. PO.5303201181197

Pembimbing



Fransiskus. S.Onggang,.S.Kep.,Ns.MSc
NIP: 196902261991011001

BIODATA PENULIS

Nama : Isabel Pereira

Tempat tanggal lahir : Dilli, 08 Maret 1969

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Atambua

Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SDK Dilli Tahun 1985
2. Tamat SMP 2 Kumolo Tahun 1988
3. Tamat SPK Kelas Jaubaukau (Dilli) Tahun 1997
4. Tamat D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes
Kupang Tahun 2019

MOTTO

MORIS NEE SENTE COMPLETU WAINHIRA ITA NIA BELE FO ATENSAON

BA MALU

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E.T.A.D DENGAN MASALAH DIARE AKUT DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD. PROF. DR. W.Z JOHANES KUPANG” tanggal 15-18 Juli 2019.

Selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka perkenankan pada saat ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu R. H. Kristina, SKM., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Fransiskus. S. Onggang., S.Kep.Ns.,MSc. selaku pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Bapak. Domingos. Gonsalves, S.Kep, Ns, M.Sc. selaku penguji institusi yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu. Yosefina Somi, Beluan, S.Kep, Ns. selaku penguji klinik yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna selama praktek di Ruangan IGD RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

5. Bapak Dr. Florentianus. Tat. SKp, M.Kes. selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, yang telah bersedia menjadi penanggung jawab dari kegiatan ujian akhir program.
6. Ibu Margaretha Teli, S.Kep,Ns., MSc-PH selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah bersedia menjadi koordinator dari kegiatan ujian akhir program.
7. Seluruh dosen, staf dan tenaga kependidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
8. Buat suami, anak-anak, serta keluarga tercinta yang selalu mendukung dan mendoakan saya

Penulis menyadari sepenuhnya Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh penulis. Akhir kata, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran dalam dunia pendidikan.

Kupang, 22 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

LEMBAR PERSETUJUANi

LEMBAR PENGESAHAN.....ii

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....iii

BIODATA PENULIS.....iv

KATA PENGANTAR.....v

DAFTAR ISI.....vii

ABSTRAK.....viii

BAB 1 PENDAHULUAN.....1

1.1. Latar Belakang.....1

1.2. Tujuan Studi Kasus.....3

1.3. Manfaat Studi Kasus.....4

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....5

2.1. Konsep Penyakit.....5

2.1.1 Pengertian Gastroenteritis akut.....5

2.1.2 Etiologi.....5

2.1.3 Klasifikasi Gastroenteritis akut.....6

2.1.4 Manifestasi Klinis.....7

2.1.5 Patofisiologi.....7

2.1.6 Komplikasi.....11

2.1.7 Penatalaksanaan.....	11
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	11
2.2.1 Pengkajian.....	11
2.2.2 Pemeriksaan Fisik.....	12
2.2.3 Diagnosis Keperawatan	13
2.2.4 Intervensi Keperawatan.....	13
2.2.5 Implementasi Keperawatan.....	17
2.2.6 Evaluasi Keperawatan.....	17
BAB 3 Studi Kasus Dan Pembahasan	18
3.1. Hasil Studi Kasus.....	18
3.1.1 Gambaran Lokasi atau tempat penelitian.....	18
3.1.2 Pengkajian.....	18
3.1.3 Analisa Data Dan Prioritas Masalah.....	20
3.1.4 Diagnosis Keperawatan.....	20
3.1.5. Intervensi Keperawatan.....	20
3.1.6 Implementasi Keperawatan.....	21
3.1.7 Evaluasi Keperawatan.....	21
3.2. Pembahasan.....	22
3.2.1 Pengkajian.....	22
3.2.2 Diagnosis Keperawatan.....	23
3.2.3 Rencana Keperawatan.....	24
3.2.4 Implementasi Keperawatan.....	24

3.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	25
3.3. Keterbatasan Studi Kasus.....	25
BAB 4 Penutup.....	27
4.1. Kesimpulan.....	27
4.2. Saran	28
Daftar Pustaka.....	29

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. E. T. A. D. DENGAN DIAGNOSA
GASTROENTERITIS AKUT DI RUANGAN
INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD
Prof. DR. W. Z. JOHANES KUPANG TAHUN
2019

OLEH

ISABEL PEREIRA
NIM. PO.5303201181197

ABSTRAK

Gastroenteritis akut merupakan penyakit yang terjadi ketika terdapat perubahan konsistensi feses selain dari frekuensi buang air besar. Seseorang dikatakan diare bila feses lebih berair dari biasanya, atau bila buang air besar tiga kali atau lebih, atau buang air besar berair tapi tidak berdarah dalam waktu 24 jam.

Tujuan studi kasus ini untuk mengetahui dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis Akut di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang. Metode studi kasus ini menggunakan metode pendekatan dengan teknik wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu), observasi dan pemeriksaan fisik yang berfokus pada sistem pencernaan.

Hasil studi kasus pada pasien Ny. E.T.A.D. dengan Gastroenteritis Akut didapatkan satu masalah keperawatan yaitu defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Intervensi yang ditetapkan yaitu memonitor status hidrasi, kelembapan mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik, monitor vital sign, mencatat intake dan output yang akurat dan kolaborasi pemberian cairan intravena. Evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama empat hari didapatkan yaitu : tidak ada mual dan muntah berlebihan, frekuensi Buang Air Besar normal dengan konsistensi padat, intake dan output seimbang serta tidak terjadi tanda-tanda dehidrasi

Kesimpulan dari studi kasus ini ditemukan hasil pengkajian pasien muntah kurang lebih empat sampai lima kali, Buang Air Besar cair kurang lebih lima sampai sepuluh kali, badan lemah, serta pusing lalu, warna kekuningan, bau khas feses, turgor kulit jelek, kulit kering, mukosa bibir kering. Didapatkan satu diagnosa utama yaitu defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, intervensi yang ditetapkan yaitu catat intake dan output, monitor tanda-tanda vital, kolaborasi pemberian cairan intravena. Implementasi yang dilakukan mencatat intake dan output, memonitor vital tanda-tanda vital dan berkolaborasi memberikan cairan intravena.

Kata kunci : Asuhan keperawatan kegawatdaruratan, Gastroenteritis akut.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Gastroenteritis akut masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di negara berkembang seperti di Indonesia, karena morbiditas dan mortalitas-nya yang masih tinggi. Kejadian Luar Biasa Gastroenteritis akut juga masih sering terjadi, dengan jumlah yang masih tinggi. Pada tahun 2008 terjadi Kejadian Luar Biasa di 69 Kecamatan dengan jumlah kasus 8133 orang, kematian 239 orang (2,94%). Tahun 2009 terjadi Kejadian Luar Biasa di 24 Kecamatan dengan jumlah kasus 5.756 orang, dengan kematian 100 orang (1,74%), sedangkan tahun 2010 terjadi Kejadian Luar Biasa Gastroenteritis akut di 33 kecamatan dengan jumlah penderita 4204 dengan kematian 73 orang (1,74 %.).

Salah satu langkah dalam pencapaian target *Millenium Development Goals* (Goal ke-4) adalah menurunkan kematian anak menjadi 2/3 bagian dari tahun 1990 sampai pada 2015. Berdasarkan Survei Kesehatan Rumah Tangga, Studi Mortalitas dan Riset Kesehatan Dasar dari tahun ke tahun diketahui bahwa Gastroenteritis akut masih menjadi penyebab utama kematian balita di Indonesia. Penyebab utama kematian akibat Gastroenteritis akut adalah tata laksana yang tidak tepat baik di rumah maupun di sarana kesehatan. Untuk menurunkan kematian karena Gastroenteritis akut perlu tata laksana yang cepat dan tepat. Gastroenteritis akut adalah peningkatan pengeluaran tinja dengan konsistensi lebih lunak atau lebih cair dari biasanya, dan terjadi paling sedikit tiga kali dalam 24 jam. Sementara untuk bayi dan anak-anak, Gastroenteritis

akut didefinisikan sebagai pengeluaran tinja >10 g/kg/24 jam, sedangkan rata-rata pengeluaran tinja normal bayi sebesar 5-10 g/kg/ 24 jam (Juffrie, 2010).

Dari hasil Riskesdas tahun 2018 bahwa karakteristik berdasarkan kelompok umur pada kelompok balita (> 5 tahun), penderita Gastroenteritis akut ini lebih banyak menyerang balita yang tinggal di pedesaan sedangkan berdasarkan jenis kelamin lebih banyak menyerang anak laki-laki. Profil Kesehatan Kabupaten/Kota tahun 2014-2017, menunjukkan bahwa penanganan kasus Gastroenteritis akut empat tahun terakhir mengalami fluktuasi yaitu pada tahun 2014 jumlah penderita Gastroenteritis akut yang ditemukan sebesar 107.790 kasus dan yang ditangani sebesar 86.429 kasus (80,2%), selanjutnya pada tahun 2015 penderita Gastroenteritis akut yang ditemukan 109.569 kasus dan ditangani sebesar 88.974 (81,2%), pada tahun 2016 penderita Gastroenteritis akut yang ditemukan sebesar 111.355 kasus, yang ditangani sebanyak 91.938 kasus (82,6%) dan tahun 2017 penderita Gastroenteritis akut yang ditemukan berjumlah 113.148 kasus, yang ditangani 80.209 kasus (70,9%). Angka kesakitan Gastroenteritis akut NTT tahun 2017 sebesar 214 kasus per 1.000 penduduk. Kasus Gastroenteritis akut yang ditangani yang ditargetkan dalam Renstra Dinas kesehatan NTT pada tahun 2017 yaitu sebesar 8 kasus per 1000 penduduk sudah tercapai. (Kemenkes RI, (2017). (*Profi Kesehatan Provinsi NTT 2017.*)

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa dapat mengembangkan pola pikir ilmiah dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gastroenteritis akut di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang.

1.2.2 Tujuan khusus :

1. Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian pada pasien dengan Gastroenteritis akut di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
2. Mahasiswa dapat menentukan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis akut di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
3. Mahasiswa dapat merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis akut di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
4. Mahasiswa dapat melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis akut di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
5. Mahasiswa dapat melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis akut di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
6. Mahasiswa dapat melaksanakan pendokumentasian keperawatan pada pasien

dengan Gastroenteritis akut di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof.

Dr. W. Z. Johannes Kupang

1.3 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Penulis

Dengan menyelesaikan perawatan kasus ini, diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam belajar.

1.3.2 Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan serta dapat digunakan sebagai sumber bacaan bagi mahasiswa di Poltekkes Kemenkes Kupang.

1.3.3 Institusi Rumah Sakit

Dapat menjadi bahan masukan bagi perawat di RSUD. Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang tepat.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian Gastroenteritis akut

Gastroenteritis akut merupakan penyakit yang terjadi ketika terdapat perubahan konsistensi feses selain dari frekuensi buang air besar. Seseorang dikatakan Gastroenteritis akut bila feses lebih berair dari biasanya, atau bila buang air besar tiga kali atau lebih atau buang air berair tapi tidak berdarah dalam waktu 24 jam (Depkes, 2009).

2.1.2 Etiologi

Cara penularan Gastroenteritis akut melalui cara fekal-oral yaitu melalui makanan atau minuman yang tercemar kuman atau kontak langsung tangan penderita atau tidak langsung melalui lalat. Ada dua Faktor risiko terjadinya Gastroenteritis akut yang pertama Faktor perilaku antara lain memberikan makanan pendamping air susu ibu terlalu dini akan mempercepat bayi kontak terhadap kuman, menggunakan botol susu terbukti meningkatkan risiko terkena penyakit Gastroenteritis akut karena sangat sulit untuk membersihkan botol susu, tidak menerapkan kebiasaan cuci tangan pakai sabun sebelum memberi makan dan setelah Buang Air Besar. Yang kedua faktor lingkungan antara lain penyimpanan makanan yang tidak higienis, ketersediaan air bersih yang tidak memadai, kebersihan lingkungan dan pribadi yang buruk.

Disamping faktor risiko tersebut diatas ada beberapa faktor dari penderita yang dapat meningkatkan kecenderungan untuk Gastroenteritis akut antara lain : kurang gizi

atau malnutrisi terutama anak gizi buruk, penyakit imunodefisiensi atau imunosupresi dan penderita campak, selain faktor penderita peranan orang tua dalam pencegahan dan perawatan anak dengan Gastroenteritis akut sangatlah penting. Faktor yang mempengaruhinya yaitu umur ibu, tingkat pendidikan, dan pengetahuan ibu mengenai hidup sehat dan pencegahan terhadap penyakit. Rendahnya tingkat pendidikan ibu dan kurangnya pengetahuan ibu tentang pencegahan Gastroenteritis akut dan perawatan anak dengan Gastroenteritis akut merupakan penyebab anak terlambat ditangani dan terlambat mendapatkan pertolongan sehingga beresiko mengalami dehidrasi. (Kemenkes RI, 2011).

Sementara itu dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) (2007) terhadap pengetahuan ibu tentang Gastroenteritis akut didapatkan data bahwa pengetahuan ibu tentang pemberian paket oralit lebih rendah pada wanita dengan kelompok umur 15-19 tahun dibandingkan dengan wanita yang lebih tua. Sementara itu pendidikan ibu mempunyai hubungan yang positif dengan pengetahuan ibu pemberian obat oralit

2.1.3 Klasifikasi Gastroenteritis akut

Terdapat beberapa pembagian Gastroenteritis akut, Berdasarkan lamanya Gastroenteritis akut antara lain Gastroenteritis akut akut dan Gastroenteritis akut kronik, Gastroenteritis akut yaitu Gastroenteritis akut yang berlangsung kurang dari 14 hari. Sedangkan Gastroenteritis akut kronik, yaitu Gastroenteritis akut yang berlangsung lebih dari 14 hari dengan kehilangan berat badan atau berat badan tidak bertambah. (selama masa Gastroenteritis akut tersebut (Suraatmaja, 2007).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Infeksi usus menimbulkan gejala gastrointestinal serta gejala lainnya bila terjadi komplikasi ekstra intestinal termasuk manifestasi neurologik. Gejala gastrointestinal bisa berupa Gastroenteritis akut, kram perut, dan muntah. Sedangkan manifestasi sistemik bervariasi tergantung pada penyebabnya. Penderita dengan Gastroenteritis akut cair mengeluarkan tinja yang mengandung sejumlah ion natrium, klorida, dan bikarbonat. Kehilangan air dan elektrolit ini bertambah bila ada muntah dan kehilangan air juga meningkat bila ada panas. Hal ini dapat menyebabkan dehidrasi, asidosis metabolik, dan hipovolemia.

Dehidrasi merupakan keadaan yang paling berbahaya karena dapat menyebabkan hipovolemia, kolaps kardiovaskuler dan kematian bila tidak diobati dengan tepat. Dehidrasi yang terjadi menurut tonisitas plasma dapat berupa dehidrasi isotonik, dehidrasi hipertonik atau dehidrasi hipotonik. Menurut derajat dehidrasinya bisa tanpa dehidrasi, dehidrasi ringan, dehidrasi sedang atau dehidrasi berat (Juffrie, 2010).

2.1.5 Patofisiologi

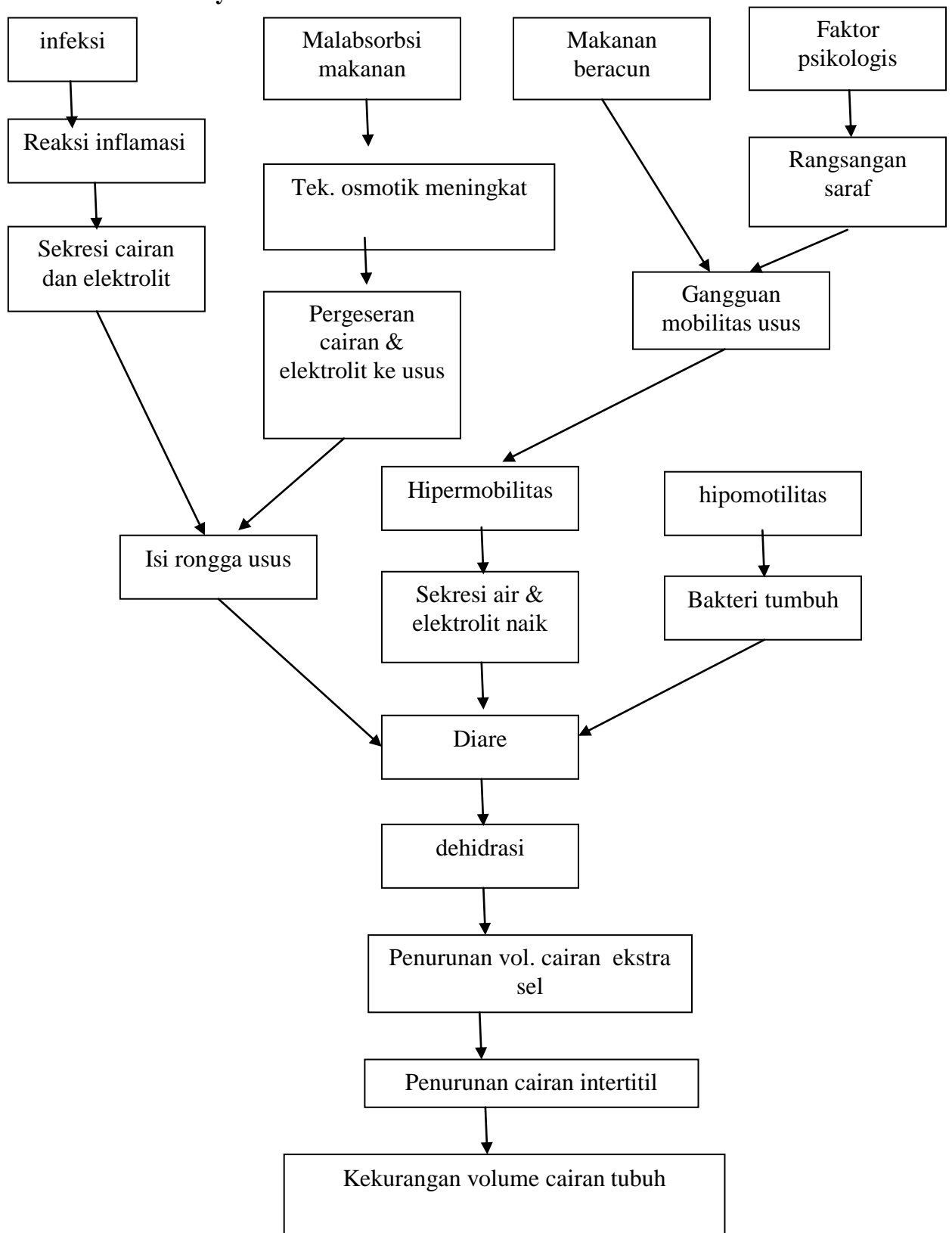
Gastroenteritis akut dapat disebabkan oleh satu atau lebih patofisiologi/patomekanisme antara lain : 1) Gastroenteritis akut sekretorik, Gastroenteritis akut tipe ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi air dan elektrolit dari usus, menurunnya absorpsi. Yang khas pada Gastroenteritis akut ini yaitu secara klinis ditemukan Gastroenteritis akut dengan volume tinja yang banyak sekali. Gastroenteritis akut tipe ini akan tetap berlangsung walaupun dilakukan puasa makan/minum (IDAI, 2011). 2) Gastroenteritis akut osmotik Gastroenteritis akut tipe ini disebabkan meningkatnya tekanan osmotik

intralumen dari usus halus yang disebabkan oleh obat-obat/zat kimia yang hiperosmotik malabsorpsi umum dan defek dalam absorpsi mukosa usus misal pada defisiensi disakaridase, malabsorpsi glukosa/galaktosa (IDAI, 2011). 3) Malabsorpsi asam empedu dan lemak. Gastroenteritis akut tipe ini didapatkan pada gangguan pembentukan/ atau produksi micelle empedu dan penyakit-penyakit saluran bilier dan hati (IDAI, 2011). 4) Efek sistem pertukaran anion atau transport elektrolit aktif di enterosit. Gastroenteritis akut tipe ini disebabkan adanya hambatan mekanisme transport aktif Na^+ K^+ ATP di enterosit dan absorpsi Na^+ dan air yang abnormal (IDAI, 2011). 5) Motilitas dan waktu transit usus yang abnormal. Gastroenteritis akut tipe ini disebabkan hipermotilitas dan iregularitas motilitas usus sehingga menyebabkan absorpsi yang abnormal di usus halus. Penyebabnya antara lain: diabetes mellitus, pasca vagotomi, hipertiroid (IDAI, 2011). 6) Gangguan permeabilitas usus. Gastroenteritis akut tipe ini disebabkan permeabilitas usus yang abnormal disebabkan adanya kelainan morfologi membran epitel spesifik pada usus halus (IDAI, 2011). 7) Gastroenteritis akut inflamasi proses inflamasi di usus halus dan kolon menyebabkan Gastroenteritis akut pada beberapa keadaan. Akibat kehilangan sel epitel dan kerusakan tight junction, Tekanan hidrostatik dalam pembuluh darah dan limfatik menyebabkan air, elektrolit, mukus, protein dan seringkali sel darah merah dan sel darah putih menumpuk dalam lumen. Biasanya Gastroenteritis akut akibat inflamasi ini berhubungan dengan tipe Gastroenteritis akut lain seperti Gastroenteritis akut osmotik dan Gastroenteritis akut sekretorik (Juffrie, 2010). 8) Gastroenteritis akut infeksi Infeksi oleh bakteri merupakan penyebab tersering dari Gastroenteritis akut. Dari sudut kelainan usus,

Gastroenteritis akut oleh bakteri dibagi atas non-invasif dan invasif (merusak mukosa).

Bakteri non-invasif menyebabkan Gastroenteritis akut karena toksin yang disekresikan oleh bakteri tersebut (IDAI , 2011).

Gambar 2.1 Pathway Gastroenteritis



Sumber : Suriadi & Yuliani R. (2001)

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi yang mungkin dapat terjadi pada gastritis adalah perdarahan saluran cerna bagian atas, ulkus peptikum, perforasi dan anemia karena gangguan absorpsi vitamin B12. (Sjamsuhidajat, 2013).

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada gastritis secara medis meliputi gastritis akut diatasi dengan menginstruksikan pasien untuk menghindari alkohol dan makanan sampai gejala berkurang. Bila pasien mampu makan melalui mulut, diet mengandung gizi diperlukan. Bila gejala menetap, cairan perlu diberikan secara parenteral. (Sukarmin, 2010).

Penatalaksanaan secara keperawatan meliputi tirah baring, mengurangi stres, diet air teh, air kaldu, air jahe dengan soda kemudian diberikan peroral pada interval yang sering. Makanan yang sudah dihaluskan seperti puding dan sup, biasanya dapat ditoleransi setelah 12-24 jam dan kemudian makanan-makanan berikutnya ditambahkan secara bertahap. Pasien dengan gastritis superficial yang kronis biasanya berespon terhadap diet sehingga harus menghindari makanan yang ber bumbu banyak atau berminyak. (Pamela, K. 2011).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pasien dengan Gastroenteritis akut akut datang dengan berbagai gejala klinik tergantung penyebab penyakit dasarnya. Keluhan Gastroenteritis akut berlangsung kurang dari 15 hari. Gastroenteritis akut karena penyakit usus halus biasanya

berjumlah banyak dan sering berhubungan dengan malabsorpsi dan dehidrasi sering didapatkan. Gastroenteritis akut karena kelainan kolon seringkali berhubungan dengan tinja berjumlah kecil tetapi sering, bercampur darah dan ada sensasi ingin ke belakang. Pasien dengan Gastroenteritis akut infeksi datang dengan keluhan khas, yaitu mual, muntah, nyeri abdomen, demam, dan tinja yang sering, malabsorptif, atau berdarah tergantung bakteri patogen yang spesifik. Secara umum, patogen usus halus tidak invasif, dan patogen ileokolon lebih mengarah ke invasif. Muntah yang mulai beberapa jam dari masuknya makanan mengarahkan kita pada keracunan makanan karena toksin yang dihasilkan (IDAI, 2011).

2.2.2 Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik perlu diperiksa: berat badan, suhu tubuh, frekuensi denyut jantung dan pernapasan serta tekanan darah. Selanjutnya perlu dicari tanda-tanda utama dehidrasi: kesadaran, rasa haus, dan turgor kulit abdomen dan tanda-tanda tambahan lainnya: ubun-ubun besar cekung atau tidak, mata: cekung atau tidak, ada atau tidaknya air mata, bibir, mukosa mulut dan lidah kering atau basah (Juffrie, 2010).

Pernapasan yang cepat dan dalam indikasi adanya asidosis metabolik. Bising usus yang lemah atau tidak ada bila terdapat hipokalemia. Pemeriksaan ekstremitas perlu karena perfusi dan capillary refill dapat menentukan derajat dehidrasi yang terjadi (Juffrie, 2010).

Penilaian beratnya atau derajat dehidrasi dapat ditentukan dengan cara : obyektif yaitu dengan membandingkan berat badan sebelum dan selama Gastroenteritis akut

Subyektif dengan menggunakan kriteria WHO, Skor Maurice King dan lain-lain (Juffrie, 2010).

2.2.3 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul, menurut *North American Nursing Diagnosis Association* 2015-2017, yaitu : 1) Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. 2) Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi buang air besar sering. 3) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan *intake* makanan. 4) Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

2.2.4 Intervensi keperawatan

1. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif : Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah normal. *Nursing Outcomes Classification* (Gloria B, 2016) : *Fluid balance, hydration, nutritional & status : food and fluid intake*, dengan kriteria hasil : 1) Mempertahankan *urine output* sesuai dengan usia. 2) Normal tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal, 3) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, (elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, 5) tidak ada rasa haus yang berlebihan. *Nursing Interventions Classification* (Gloria B, 2016) : 1) *Fluid management* (timbang popok/pembalut) jika diperlukan, 2) pertahankan catatan *intake* dan *output* yang akurat, 3) monitor status hidrasi kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik jika diperlukan, 4) monitor *vital sign*, 5) monitor masukan makanan /cairan dan hitung intake kalori

harian, 6) kolaborasikan pemberian cairan intravena monitor status nutrisi, 7) Dorong masukan oral, 8) Berikan penggantian nesogatrik sesuai output, 9) Dorong keluarga untuk membantu pasien makan, 10) Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk atur kemungkinan tranfusi, 11) Persiapan untuk tranfusi, *Hypovolemia Managemen*, 12) Monitor status cairan termasuk *intake* dan *output* cairan, 13) Monitor tingkat Hemoglobin dan Hematokrit, 14) Monitor tanda vital, 15) Monitor respon pasien, terhadap penambahan cairan, 16) Monitor berat badan, 17) Dorong pasien untuk menambah *intake* oral, 18) monitor dan tanda dan gejala kelebihan volume cairan.

2) *Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi* Buang air besar sering. *Nursing Outcomes Classification* (Gloria B, 2016) : *Tissue Integriti & kinand jucous* membranes dengan kriteria hasil : 1) Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi, 2) Tidak ada luka/lesi pada kulit, 3) Perfusi jaringan baik 5) menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang 6) Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan peralatan alami. *Nursing Interventions Classification* (Gloria B, 2016) : Preassure Management. 1) Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, 2) Hindari kerutan pada tempat tidur, 3) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, 4) Mobilisasi pasien ubah posisi pasien setiap dua jam sekali, 5) Monitor kulit akan adanya kemerahan, 6) Oleskan lotion atau minyak atau baby oil pada daerah yang tertekan, 7) Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien, 8) Monitor status nutrisi pasien memandikan

pasien dengan sabun dan air hangat. 3) *Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake makanan. Nursing Outcomes Classification* (Gloria B, 2016) : Nutritional Status : *food and fluid Intake*, nutritional status : *nutrient Intake, weight control* dengan kriteria hasil : 1) peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan, Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan, 2) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi, 3) Tidak ada tanda tanda malnutrisi, 4) Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan, 5) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berat. *Nursing Interventions Classification* (Gloria B, 2016) : *Nutrition Management*, 1) Kaji adanya alergi makanan, 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, 3) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe, 4) Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin, 5) Berikan substansi gula, 6) Anjurkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi, 7) Berikan makanan yang terpilih sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi, 8) Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian, 9) Monitor Jumlah nutrisi dan kandungan kalori, 10) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, 11) Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan. *Nutrition Monitoring* : 1) Berat Badan pasien dalam batas normal, 2) Monitor adanya penurunan berat badan, 3) Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan, 4) Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan, 5) Monitor lingkungan selama makan, 6) Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama Jam makan, 7) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, 8) Monitor

turgor kulit, 9) Monitor kekeringan, rambut kusam dan mudah patah, 10) Monitor mual dan muntah, 11) Monitor kadar albumin, total protein, Hemoglobin, dan kadar Hematokrit, 12) Monitor makanan kesukaan, 13) Monitor pertumbuhan dan perkembangan, 14) Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva, 15) Monitor kalori dan intake nutrisi, 16) Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan cavitasoral, 17) Catat jika lidah berwarna magenta,scarlet.

4) *Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.*

Nursing Outcomes Classification (Gloria B, 2016). Anxiety control, Coping, Impulse control dengan kriteria hasil : 1) Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas, 2) Mengidentifikasi mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas, 3) Vital sign dalam batas normal, 4) Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.

Nursing Interventions Classification (Gloria B, 2016) :

- 1) Anxiety Redution penurunan kecemasan, 2) Gunakan pendekatan yang menenangkan dinyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien, 3) Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur, 5) Pahami perspektif pasien terhadap situasi stress, 6) Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut, 7) Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis. 8) Dorong keluarga untuk menemani anak, 9) Lakukan *back / neck rub*, 10) Dengarkan dengan penuh perhatian, 11) Identifikasi tingkat kecemasan bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan, 12) Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi,

Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi, 13) Berikan obat untuk mengurangi kecemasan.

2.2.5 Implementasi keperawatan

Pelaksanaan tindakan disesuaikan dengan intervensi keperawatan yang telah dibuat.

2.2.6 Evaluasi keperawatan

Evaluasi hasil asuhan keperawatan setiap diagnosa sesuai kriteria hasil pada masing-masing diagnosis.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil Studi Kasus

3.1.1. Gambaran tempat atau lokasi penelitian

RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang adalah Rumah Sakit tipe B yang sudah menjadi badan layanan umum, tempat penelitian yang saya lakukan di ruang Instalasi Gawat Darurat

3.1.2. Pengkajian

Nama pasien Ny. E.T.A.D di ruangan Instalasi Gawat Darurat, RSUD W. Z. Johannes Kupang, berjenis kelamin perempuan, suku Timor, umur 35 Tahun/tanggal lahir 21 April 1984, menganut agama Kristen Protestan, bertempat tinggal di Naikoten, dan bekerja sebagai seorang Pegawai Negeri Swasta. Diagnosa medik Gastroenteritis Akut, masuk Rumah Sakit pada tanggal 16 Juli 2019, Nomor Rekam Medik 516365.

Pengkajian dan pengumpulan data tentang status sehat-sakit pasien pada tanggal 16 Juli 2019 jam 08:30 wita. Keluhan saat ini pasien mengatakan bahwa muntah kurang lebih empat sampai lima kali, Buang Air Besar cair kurang lebih lima sampai sepuluh kali, badan lemah, pusing. Riwayat kesehatan saat ini pasien mengatakan masuk Rumah Sakit sejak tanggal 16 Juli 2019 karena perut terasa sakit, ada rasa mual – mual, nyeri ulu hati. Riwayat penyakit sebelumnya pasien mengatakan punya riwayat penyakit asma dan gastroenteritis akut. Riwayat kesehatan keluarga pasien mengatakan dalam keluarga sering mengalami Gastroenteritis akut . Pada pengkajian primer 1) *Airways*

(Jalan Napas) saat diauskultasi tidak ada sumbatan, jalan napas paten/bebas, 2) *Breathing* (Pernapasan) didapat spontan tidak ada sesak napas (normal), bunyi napas vesikuler, 3) *Circulation* nadi 85 kali per menit, irama teratur, denyut lemah, tekanan darah 100/80 milimeterHg, ekstremitas hangat, warna kulit pucat, nyeri dada tidak ada, *Capillary Refill Time* kurang dari 3 detik, oedema tidak ada.

Fluid (cairan dan elektrolit) turgor kulit baik, kurang dari 3 detik, mukosa mulut kering, kebutuhan nutrisi oral minum 500-1.000 cc, eliminasi Buang Air Kecil tujuh sampai delapan kali per hari, jumlah sedikit, warna kuning jernih. Buang Air Besar 5-10 kali per hari, konsistensi cair. 4) *Disability* tingkat kesadaran Compos Mentis, pupil isokor, reaksi terhadap cahaya kiri dan kanan positif, *Glasgow Coma Scal. Eyes* 4, *Motorik* 6, *Verbal* 5, jumlah 15. Teraphy tindakan Oral 200 – 250 cc, parenteral 1500 cc. Banyaknya minuman dalam sehari 500 – 1.000 cc.

Perubahan selama sakit pasien hanya bisa Buang Air Besar di tempat (dalam popok) dan di bantu keluarga dengan konsistensi lembek, frekuensi lima sampai sepuluh kali per hari. Data laboratorium dan diagnostik, natrium 132-147, kalium 3,5-4,5, klorida 96-111, kalsium 1.120-1.320, hemoglobin 12,0-16,0, jumlah eritrosit 4,20-5,40, jumlah leukosit 4,0. Penatalaksanaan atau pengobatan: Natrium Chloride 0,9%. Lansoprazole 30 mg, Oralit 100 mililiter, Loperamide 4 miligram.

3.1.3 Analisa Data dan Prioritas Masalah

Berdasarkan hasil pengumpulan data, maka dapat ditegakkan beberapa masalah keperawatan. Adapun masalah keperawatan yang dialami pasien berdasarkan hasil pengumpulan data adalah :

Data Subjektif keluarga mengatakan pasien sering berkemih tapi minum air sedikit, mual muntah kurang lebih empat sampai kali, Buang Air Besar cair kurang lebih 5-10 kali, badan lemah, pusing, perut terasa sakit. Data Objektif pasien tampak lemah, membran mukosa kering, turgor kulit tidak elastik.

3.1.4 Diagnosis keperawatan

Dari hasil pengkajian diatas maka penulis telah mendapatkan dan menetapkan diagnosis keperawatan defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif sebagai prioritas masalah keperawatan.

3.1.5 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan konsep keperawatan dan diagnosis yang telah ditetapkan defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan volume cairan tubuh normal. *Nursing Outcomes Classification* (Gloria B, 2016) *Fluid balance, hydration*, nutritional & status : *food and fluid intake*, dengan kriteria hasil : 1) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan berat bersih urine normal, 2) Normal tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal, 3) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, (elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, 4) tidak ada rasa haus yang berlebihan. *Nursing Interventions Classification* (Gloria B, 2016) : 1) *Fluid management* (timbang popok/pembalu) jika diperlukan, 2) pertahankan catatan *intake* dan *output* yang akurat, 3) monitor status hidrasi kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik jika diperlukan, 4) monitor *vital sign*, 5) monitor masukan makanan /cairan

dan hitung intake kalori harian, 6) kolaborasikan pemberian cairan intravena monitor status nutrisi, 7) Monitor status cairan termasuk *intake* dan *output* cairan.

3.1.6 Implementasi keperawatan

Tanggal 16 Juli 2019, diagnosis keperawatan defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, tindakan yang dilakukan yaitu 1) jam 08:00 mencatat intake dan output yang akurat. Buang Air Kecil delapan kali, Buang Air Besar sepuluh kali, 2) jam 08:00 memonitor status hidrasi kelembaban membran mukosa (didapat membran mukosa kering dan pucat), nadi adekuat, tekanan darah ortostatik jika diperlukan, 3) jam 08:05 memonitor *vital sign*. tekanan darah 110/80 milimeterHg, nadi Sembilan puluh kali per menit, Suhu 36,5⁰C, Pernapasan 18 kali per menit 4) memonitor masukan makanan/cairan. Didapat Oral Minum 500-1.000 cc, jam 10:00 5) berkolaborasi memberikan cairan intravena *Natrium Chloride* 0,9%., Loperamide 4 mg.

3.1.7 Evaluasi keperawatan

Setelah melakukan tahapan dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menetapkan diagnosis keperawatan, menentukan intervensi atau rencana dan implementasi, tahapan terakhir adalah melakukan evaluasi atas rencana yang sudah dilaksanakan. Evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang terdiri dari Data Subjektif yaitu keluhan yang dirasakan pasien setelah dilakukan implementasi dan Data Objektif yaitu data yang diperoleh melalui observasi langsung, assessment dan planning adalah merupakan tindak lanjut yang akan dilakukan bila ada masalah belum teratasi. Selasa 16 Juli 2019 pada diagnosa defisit volume cairan didapatkan evaluasi yakni pasien mengatakan tidak ada rasa mual muntah, Buang Air Besar normal dengan

konsistensi padat. Kesimpulan yang bisa diambil dari masalah defisit volume cairan teratasi. Sehingga intervensi dihentikan.

3.2. Pembahasan

3.2.1. Pengkajian

Pada tahapan ini penulis akan menguraikan tentang pembahasan asuhan keperawatan pada Ny. E.T.A.D dengan gangguan sistem pencernaan Gastroenteritis akut akut diruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W.Z Johanes. Kupang Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 16 Juli 2019.

Pemeriksaan fisik dan pengkajian pola fungsi dengan menggunakan Handerson ditemukan data, pasien mengatakan muntah kurang lebih empat sampai kali, Buang Air Besar cair kurang lebih lima sampai sepuluh kali, badan lemah, serta dengan konsistensi cair, warna kekuningan, bau khas feses. Berdasarkan teori dan hasil pengkajian pada kasus nyata didapatkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata

3.2.2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia dari individu dimana perawat secara akuntabilitas mengidentifikasi dan memberikan intervensi untuk menjaga status kesehatan (Arifin, 2016). Menurut *North American Nursing Diagnosis Association 2015-2017*, diagnosis keperawatan pada gastroenteritis yang didapatkan berdasarkan terori batasan karakteristik, yaitu Penulis mengangkat diagnosis defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Sesuai dengan sumber yang penulis dapatkan batasan-batasan karakteristik defisit volume

cairan antara lain kelemahan, haus, penurunan turgor kulit, membran mukosa kering, peningkatan denyut nadi, konsentrasi urin meningkat.

Diagnosis ini penulis tegakkan karena didapatkan data-data pada Ny. E.T.A.D sering berkemih tapi minum air sedikit serta muntah kurang lebih empat sampai lima kali, badan lemah, serta pusing lalu mengatakan Buang Air Besar cair lima sampai sepuluh kali dengan konsistensi cair, warna kekuningan, bau khas feses, turgor kulit jelek, kulit kering, mukosa bibir kering. Berdasarkan teori dan kasus nyata tidak ditemukan kesenjangan, Diagnosis ini muncul karena adanya kondisi seperti diuraikan diatas mengakibatkan defisit volume cairan. Diagnosis ini penulis tegakkan menjadi diagnosa prioritas karena apabila defisit volume cairan tidak diatasi resiko mengalami dehidrasi. (Handi 2013)

3.2.3 Rencana keperawatan

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association* yang disusun oleh Amin & Hardi (2013) perencanaan disusun berdasarkan masalah yang ditemukan pada pasien dan prioritas masalah yang mengancam kehidupan dan membutuhkan penanganan segera. Tujuan yang dibuat ditetapkan lebih umum tetapi pada praktek nyata tujuan perawatan dimodifikasi sesuai kondisi pasien. Tujuan yang dibuat mempunyai batasan waktu, dapat diukur, dapat dicapai, rasional sesuai kemampuan pasien, sedangkan intervensi disusun berdasarkan diagnosa yang ditegakkan. Pada kasus Ny. E.T.A.D. tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan kasus nyata dilahan praktek karena secara teori menurut *North American Nursing Diagnosis Association* yang disusun oleh Amin & Hardi (2013). Pada diagnosis defisit volume cairan berhubungan dengan

kehilangan cairan aktif, yaitu mempertahankan catatan intake dan output yang akurat, memonitor status hidrasi kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik jika diperlukan, memonitor tanda-tanda vital, memonitor masukan makanan atau cairan dan hitung intake kalori harian, berkolaborasi memberikan cairan intravena serta memonitor status nutrisi.

3.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi disusun berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan serta berorientasi pada pasien dan tindakan keperawatan yang direncanakan. Menurut *North American Nursing Diagnosis Association* yang disusun oleh Amin & Hadi (2013), Implementasi pada Ny. E.T.A.D. tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek nyata. Dimana pada kasus nyata, implementasi dilakukan sesuai dengan diagnosis dan intervensi yang telah ditetapkan berdasarkan teori-teori seperti mempertahankan catatan *intake* dan *output* yang akurat, memonitor status hidrasi kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik jika diperlukan, memonitor *vital sign*, memonitor masukan makanan atau cairan dan hitung *intake* kalori harian, berkolaborasi memberikan cairan intravena serta memonitor status nutrisi.

3.2.5 Evaluasi keperawatan

Sebagai tahap akhir merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan evaluasi pada Ny. E.T.A.D. sesuai dengan implementasi yang dilakukan pada kriteria objektif yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi yang didapatkan pada diagnosis nyeri akut, didapatkan

evaluasi sebagai berikut pasien tidak mengeluh mual muntah yang berlebihan, Buang Air Besar dengan konsistensi padat dan frekuensi normal, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, sesuai dengan hasil yang diharapkan dan intervensi dihentikan.

3.3. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam penulisan studi kasus ini, sedikit kendala yang penulis temui sehingga permasalahan ini mempengaruhi studi kasus. Kendala yang ditemukan seperti cara penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang masih kurang sesuai. Penulis merasa studi kasus ini mempunyai banyak keterbatasan dan masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dari berbagai pihak yang membangun guna kesempurnaan studi kasus ini.

BAB 4

PENUTUP

4.1. Kesimpulan

Asuhan keperawatan pada pasien gastroenteritis akut pada umumnya sama antara teori dan kasus, hal ini dapat dibuktikan dalam penerapan kasus-kasus pada Ny. E.T.A.D. yang menderita gastroenteritis akut. Penerapan kasus ini dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan diantaranya pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Dari data yang didapatkan maka dapat disimpulkan :

1. Pengkajian didapatkan data pasien mengatakan muntah kurang lebih empat sampai lima kali perhari, Buang Air Besar cair kurang lebih lima sampai sepuluh kali, badan lemah, pusing, perut terasa sakit, dan mual – mual.
2. Diagnosis keperawatan : Berdasarkan hasil pengumpulan data, maka dapat ditegakkan diagnosis keperawatan utama antara lain defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan elektrolit
3. Intervensi disusun berdasarkan diagnosa keperawatan Pada diagnosis defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif yang yaitu *Fluid management* (timbang popok/pembalu), pertahankan catatan *intake* dan *output* yang akurat, monitor status hidrasi kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik jika diperlukan, monitor *vital sign*, monitor masukan makanan /cairan dan hitung *intake* kalori harian, kolaborasikan pemberian cairan

intravena monitor status nutrisi. Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk atur kemungkinan tranfusi.

4. Implementasi yang telah dilakukan pada diagnosis defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, yaitu mencatat *intake* dan *output* yang akurat, memonitor tanda-tanda vital, memonitor masukan makanan /cairan dan hitung *intake* kalori harian, berkolaborasi memberikan cairan intravena monitor status nutrisi, memonitor tanda dan gejala kelebihan volume cairan.
5. Evaluasi Hasil dari catatan perkembangan yang didapatkan pada Ny. E.T.A.D. antara lain keseimbangan volume cairan tetap terjaga, pasien tidak mengeluh mual muntah, Buang Air Besar dengan frekuensi dan konsistensi normal, serta tidak ada tanda-tanda dehidrasi.

4.2 Saran

1. Bagi Perawat disarankan untuk berpikir kritis dalam menentukan diagnosis, intervensi, serta implementasi dan evaluasi keperawatan sehingga penerapan asuhan keperawatan dapat mengevaluasi tindakan dengan assesment berhasil pada pasien dengan penyakit gastroenteritis akut.
2. Bagi pasien dan keluarga diharapkan agar tetap menjaga pola makan dan nutrisi sehingga daya tahan tubuh tetap terjaga dan juga rutin untuk mengkonsumsi terapi yang diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

- APLIKASI *Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Edisi revisi jilid 1,2,3. (2013).
- Bruner and Suddart, 2013. *Keperawatan Medikal Bedah*, EGC Jakarta, Toronto Ellsiver USA.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2012). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- IDAI., (2011). *Pedoman Pelayanan Medis Ikatan Dokter Anak Indonesia*. Jilid 2 cetakan pertama. Jakarta. Badan Penerbit IDAI.
- Juffrie, M., et al, (2010). *Buku Ajar Gastroenterologi-Hepatologi* Jilid 1. Jakarta : Balai Penerbit IDAI.
- Kementrian Kesehatan RI. (2017). *Profil Kesehatan Provinsi NTT 2017*.
- Kementrian Kesehatan RI. (2011). *Profil Kesehatan Indonesia 2011*. Jakarta: Sekretaris Jenderal.
- NANDA International. (2015). *Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta: EGC
- Price, Sylvia. (2006). *Patofisiologi, Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC
- Suraatmaja. (2010). *Kapita Selekta Gastroenterologi Anak*. Jakarta: Agung Seto
- Suriadi, Rita Yuliani. (2001). *Asuhan Keperawatan pada Anak*. Jakarta : Agung Seto

LAMPIRAN PENGKAJIAN



JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES
KEMENKES KUPANG
JLN. ELTARI II Liliba Kupang Telp.
(0380)881045



Format Pengkajian Keperawatan Darurat

Nama mahasiswa : Isabel Pereira
NIM : PO5303201181198
Tempat praktek : RUANG IGD
Tanggal dan jam : 16-07-2019 08.30 wita

1. Identitas Klien

Nama : Ny. E.T.A.D
Umur : 35 Tahun (21 April 1984)
Jenis kelamin : Perempuan
Suku bangsa : Timor - Indonesia
Agama : Kristen Protestan
Status Perkawinan : Kawin
Pekerjaan : Perawat (PNS)
Pendidikan : D3
Alamat : Naikoten
Nomor registrasi : 516365
Diagnosa medik : Diare Akut
Tanggal MRS : 16 Juli 2019 (Jam : 24 : 00)
Tanggal pengkajian : 16 Juli 2019 (Jam : 08.30)

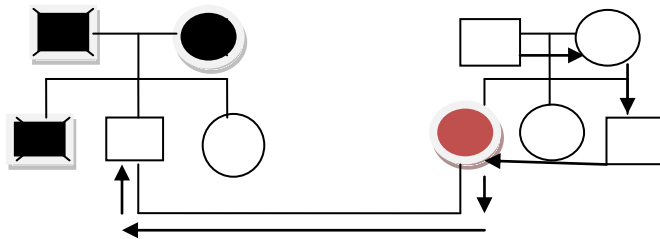
2. Identitas Penanggung jawab

Nama : Tn. M.P.
 Umur : 38 Tahun
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Alamat : Naikoten
 Hubungan dengan Pasien : Suami
 Pekerjaan : Swasta

3. Riwayat Kesehatan

- Keluhan Utama : Pasien mengatakan bahwa muntah \pm 4-5 kali, BAB cair \pm 15-20 kali, badan lemah, pusing.
- Riwayat Penyakit Sekarang : Pasien mengatakan perut terasa sakit, mual – mual, nyeri ulu hati.
- Riwayat Penyakit Sebelumnya : Pasien mengatakan punya riwayat penyakit Asthma dan Gastritis.
- Riwayat kesehatan keluarga : Pasien mengatakan dalam keluarga sering mengalami Diare

GENOGRAM



Keterangan :
 ○ : perempuan
 □ : laki- laki
 → : tinggal serumah
 ● : perempuan meninggal
 ■ : laki- laki yang meninggal
 ● (red) : pasien

Tanda tanda vital :

✚ Tekanan Darah : 100/80 mmHg
✚ Pernapasan : 20 x / menit
✚ Nadi : 85 x / menit
✚ Suhu : 36,5 °c

4. Pengkajian Primer :

a. Airways (Jalan Napas) : Paten / bebas

Sumbatan : Tidak ada

b. Breathing (Pernapasan) : Spontan.

Sesak : Tidak ada.

Frekuensi napas : 20 x / menit

Irama : Teratur

Kedalaman : Dalam

Reflex batuk : Tidak ada

Bunyi napas : Vesikuler

BGA : SpO₂ 99%

c. Circulation :

1. Sirkulasi perifer

Nadi : 85 x / menit

Irama : Teratur

Denyut : Lemah

TD : 100/80 mmHg

Ekstremitas : Hangat,

Warna : kulit pucat

Nyeri dada : Tidak ada

CRT : < 3 detik

Oedema : Tidak ada

2. Fluid (cairan dan elektrolit)

a. Cairan :

Turgor kulit : Baik, < 3 detik

b. Mukosa mulut : Kering

c. Kebutuhan nutrisi:

Oral : Minum 500 - 1.000 cc

Parenteral : Infus 1.500 cc

d. Eliminasi

BAK : 3 – 4 x / hari

Jumlah : Sedikit

Warna : Kuning jernih

Rasa sakit saat BAK : Tidak ada.

Keluhan sakit pinggang : Tidak ada

BAB : 1-2 x/menit

Diare : Ya, Cair.

e. Intoksikasi : Tidak ada.

f. Disability :

Tingkat kesadaran : Compos Mentis

Pupil : Isokor

Reaksi terhadap cahaya : Kiri dan Kanan positif

GCS : V5,E4,M6, jumlah 15.

5. Pengkajian Sekunder :

a. Muskuloskletal :

Spasme otot : -

Vulnus/kerusakan jaringan : -

Krepitasi : -

Fraktur : -

Dislokasi : -

Kekuatan otot : 20

5	5
5	5

b. Integumen :

Vulnus : Tidak ada

- Luka bakar : Tidak ada
- Kelembaban : Kulit nampak kering.
- c. Psikososial :
- Ketegangan meningkat : Tidak
- Fokus pada diri sendiri : Tidak
- Kurang pengetahuan : Tidak
- Therapy tindakan :
- ✓ Oral : 200 – 250 cc
- ✓ Parenteral : 1500 cc
- d. Sistem Endokrin
- ✚ Keluhan : Tidak ada.
- ✚ Pembesaran kelenjar : Tidak ada.
- e. Sistem Reproduksi :
- ✚ Keluhan : Tidak ada.
- f. Pola Kegiatan Sehari – hari (ADL) :
- a. Nutrisi :
1. Kebiasaan :
- ❖ Pola makan : Keluarga mengatakan pasien mampu menghabiskan 1 porsi makanan (bubur) dari rumah sakit.
 - ❖ Frekuensi makan : 3 x / sehari
 - ❖ Nafsu makan : Baik
 - ❖ Makanan pantangan : Makanan bergaram tinggi.
 - ❖ Makanan yang disukai : Bubur lembek
 - ❖ Banyaknya minuman dalam sehari : 200 – 250 cc
 - ❖ BB : 53 Kg, TB : 155 CM.
2. Perubahan selama sakit : Tidak ada.
- b. Eliminasi :
1. Buang Air Kecil (BAK) :
- ❖ Kebiasaan :
 - Frekuensi : 7 – 8 x / sehari.

Warna : Kuning

Bau : Pesing.

❖ Perubahan selama sakit : tidak ada.

2. Buang Air Besar (BAB) :

❖ Kebiasaan : BAB di toilet

Frekuensi : 1 – 2 x / sehari.

Warna : Kuning

Bau : Tinja

Konsistensi : Padat, lembek

❖ Perubahan selama sakit : Pasien hanya bisa BAB di tempat (dalam popok) dan di bantu keluarga dengan konsistensi lembek, frekuensi 1 x / hari.

3. Olahraga dan Aktivitas :

❖ Kegiatan olahraga yang disukai : Pasien suka berjalan – jalan di pagi hari, dan menyapu rumah.

❖ Apakah olahraga di lakukan secara teratur : Selama sakit pasien tidak dapat melakukan aktivitas olahraga, semua aktivitas pasien dibantu perawat dan keluarga.

4. Istirahat Tidur :

❖ Tidur malam : Jam 21.00

Bangun pagi : Jam 04.00

❖ Tidur siang : Jam 11.00

Bangun : Jam 13.00

❖ Apakah mudah terbangun : Pasien mudah terbangun karena lingkungan berisik, ramai.

❖ Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Pasien tidur dengan kaki kiri di tekuk.

Pola Interaksi Sosial :

1. Orang yang penting / terdekat : Anak perempuan (Ny. I.S)

2. Jika mempunyai masalah dibicarakan dengan : Anak dan keluarga.

3. Cara mengatasi masalah : Diskusi bersama.
4. Interaksi dalam keluarga : Saling mengasihi.

Kegiatan Keagamaan :

1. Ketaatan menjalankan ibadah : sering beribadah di Gereja dan Rumah keluarga.

Keadaan Psikologis Selama Sakit :

1. Presepsi klien terhadap penyakit yang diderita : Awal serangan keluarga sempat berpikir bahwa klien di guna-guna.
2. Presepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : Pasrah dan berharap sembuh
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungan : Ramah

Data Laboratorium & Diagnostik

1. Pemeriksaan Darah tanggal 16 Juli 2019

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal
1	Natrium	132-147
2	Kalium	3,5-4,5
3	Klorida	96-111
4	Calsium	1.120-1.320
5	Hb	12,0-16,0
6	Jumlah Eritrosit	4,20-5,40
7	Jumlah Leukosit	4,0-
8	GDS	70-150

2. Pemeriksaan Faeces :

Tidak ada pemeriksaan sampel feses

3. Pemeriksaan Urine :

Tidak pemeriksaan sampel urine.

Diagnostik Test

1. Foto Rotgen :

Tidak dilakukan foto rotgen dll.

2. Pemeriksaan – pemeriksaan khusus :

Pemeriksaan yang dilakukan adalah EKG, hasil baca normal.

Penatalaksanaan / pengobatan (Pembedahan, Obat-obatan, dan lain-lain) :

1. Pembedahan :

Tidak dilakukan tindakan pembedahan pada pasien.

2. Obat :

No	Nama Obat	Dosis
1	l	drip dlm NaCl 0,9%
2	acetam	3 gram
3	pilet	80 mg
4	urodex	1 tab
5	ntolin Nebu	1 hari

Lampiran Asuhan Keperawatan

Anasalisa Data

Data-data	Etiologi	Masalah
<p>Data Subjektif : keluarga mengatakan pasien juga sering berkemih tapi minum air sedikit, mual muntah \pm 4-5 kali, BAB cair \pm 15-20 kali, badan lemah, pusing, perut terasa sakit.</p> <p>Data Objektif : kulit kering, membran mukosa kering, pasien juga tampak kelemahan.</p>	<p>hilangnya cairan aktif</p>	<p>defisit volume cairan</p>

Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu :

Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tindakan keperawatan

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Defisit volume	NOC :	C :

cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	<p>Fluid balance, hydration, nutritional & status : food and fluid intake, dengan kriteria hasil :</p> <p>Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB urine normal, Normal tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal, 3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, (elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, Tidak ada rasa haus yang berlebihan.</p>	<p>Fluid management (timbang popok/pembalu) jika diperlukan, pertahankan catatan intake dan output yang akurat, monitor status hidrasi kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik jika diperlukan, monitor vital sign, monitor masukan makanan /cairan dan hitung intake kalori harian, kolaborasikan pemberian cairan intravena monitor status nutrisi, Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk atur kemungkinan tranfusi.</p>
--	--	---

Tindakan keperawatan dan Evaluasi

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tindakan	Evaluasi
Selasa, 16 Juli 2019	Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	<p>jam 08:00 mencatat intake dan output yang akurat,</p> <p>jam 08:00 memonitor status hidrasi kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik jika diperlukan,</p> <p>jam 08:05 memonitor vital sign, memonitor masukan makanan /cairan dan hitung intake kalori harian,</p> <p>jam 10:00 berkolaborasi memberikan cairan</p>	<p>S: Pasien mengatakan tidak ada rasa mual dan muntah, tidak ada dehidrasi, Buang Air Besar normal dengan konsistensi padat</p> <p>O: membran mukosa lembab, turgor kulit elastic, tidak ada tanda dehidrasi, tidak ada rasa haus berlebih</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi</p>

		intravena dan tanda dan gejala kelebihan volume cairan.	dihentikan
--	--	---	------------